(II.)

Ospedale Maggiore di Milano

STENOSI ACUTA DEL PILORO

DA

ERNIA DIAFRAMMATICA

PER IL

Dottor P. CONTI

CON TAVOLA



MILANO
CASA EDITRICE DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
Corso Magenta, N. 48.

STENOSI ACUTA DEL PILORO

DA

ERNIA DIAFRAMMATICA

Ospedale Maggiore di Milano

Stenosi acuta del piloro

DA

ERNIA DIAFRAMMATICA

PER IL

Dottor P. CONTI

CON TAVOLA



MILANO
CASA EDITRICE DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
Corso Magenta, N. 48.

Estratto dalla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*
N. 46, Anno 1907

Stabilimenti Riuniti d'ARTI GRAFICHE — Milano, Corso Magenta N. 48

La notte sul 1.° febbraio 190 . . . veniva accettato nel mio servizio certo B. G., venditore girovago, d'anni 21, in preda a grave collasso. Si potè sapere che la malattia datava da sette giorni: era iniziata con dolori improvvisi ed acerbi nel ventre, presto seguiti da vomito, sulle prime d'ingesti, poi di sostanze nerastre, acide. L'insistenza del vomito era stata tale da ridurre il paziente nelle attuali gravi condizioni di collasso. L'alvo era rimasto sempre chiuso: i purganti introdotti venivano subito rigettati.

L'anamnesi remota recava queste altre informazioni.

Individuo assai disordinato ed intemperante, sopratutto forte mangiatore e bevitore, dedito esageratamente agli alcoolici d'ogni genere, assai spesso ubbriaco. La frequenza de' suoi disturbi gastrici non era quindi di sorpresa ad alcuno, ed il paziente medesimo non se ne dava pensiero, nè si correggeva perciò. Questa poi, da un anno circa, pareva la terza volta che una scena così imponente si ripetesse. Il paziente ammette di aver mangiato e bevuto disordinatamente, come al solito — esclude di aver introdotto sostanze tossiche o comunque nocive.

Risultava poi che due anni prima, in rissa, il B. G. aveva riportata una ferita di coltello nel quinto spazio intercostale sinistro, guarita facilmente.

Stato presente, 1.° febbraio:

Il paziente tiene un decubito dorsale abbandonato, parla a stento e con voce fioca. E' di statura media, di costituzione piuttosto debole: masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo scarso, sistema linfatico periferico regolare. Tinta generalmente bruna, forte nei punti fisiologicamente pigmentati. Impressionante stato di prosciugamento generale: occhiaie incavate, estremità fredde e cianotiche. Manca il polso alle radiali. La temperatura è intorno a 36°. Le sistoli cardiache 120. gli atti respiratori 36. Le pupille ristrette conservano reazione normale alla luce ed all'accomodazione. Lingua arida, sporca. Sete intensa. Piuttosto inquieto, ricorre con frequenza del singhiozzo.

In queste condizioni naturalmente un esame obbiettivo preciso non era possibile, e nemmeno prudente. Però un esame sommario dava questi risultati:

Apparecchio respiratorio. Respiro a tipo toracico superiore: torace tendente alla forma carenata, clavicole sporgenti e fuggenti. Cicatrice lineare aderente nel quinto spazio intercostale sinistro, linea ascellare anteriore, della lunghezza di 2-3 cm. Percussione ed ascoltazione negative.

Cuore. Itto cardiaco nel quarto spazio intercostale di sinistra, a 3 cm. dalla linea mediana.

Toni deboli, a tipo embriocardico, ma netti.

Ventre avvallato, ma pastoso ed indolente o quasi ai maneggi. È invece sviluppato l'epigastrio, dove è facile provocare il guazzamento. La grande curvatura dello stomaco taglia orizzontalmente l'epigastrio a due dita trasverse sopra l'ombelico.

Fegato e milza nei limiti, nulla di notevole.

Si palpa il *rene sinistro* indolente.

La *vescica* è vuota.

Riflessi cutanei normali. Riflesso faringeo buono. Riflessi rotulei esagerati. Non clono del piede.

Davanti ad un quadro così minaccioso, prima ancora che alla diagnosi, si doveva pensare ai provvedimenti più opportuni ed urgenti.

Si ricorse ai comuni mezzi usati contro il collasso, e in primo luogo, dato il prosciugamento dell'organismo, all'*ipodermoclisi* con soluzione fisiologica. Di questo mezzo si fece uso largamente anche nei giorni successivi, perchè l'insistenza straordinaria del vomito rendeva assolutamente inservibile la via gastrica a qualunque tentativo alimentare o terapeutico.

Malgrado i diversi sforzi messi in atto, lo stato del paziente non presentava modificazioni. Nel giorno seguente il polso radiale era tornato, ma frequentissimo ed impercettibile; la facies restava ippocratica, le estremità fredde. Il paziente, intontito e in subdelirio, accusava vertigine, ronzio d'orecchi ed un senso di crampo alle sure. Il vomito continuava insistentissimo.

Il primo vomito esaminato era denso, filante, di odore aromatico, (limonea?) di reazione acida, ma Congo negativo; presentava una leggiera tinta rossobruna per presenza di pigmento sanguigno; conteneva in abbondanza degli elementi catarrali e della torula cerevisiœ

Ancora anuria. Tuttavia colla siringazione si estraggono circa 200 cc. di un'*orina* brunastra, acida, di odore aromatico forte, della densità 1019; contiene traccie di albumina, non zucchero; reazione al percloruro di ferro negativa; la reazione dell'indacano ottiene una debole tinta rosea. Il *sedimento* è piuttosto scarso: contiene abbondanti cilindri ialini assai pallidi, ricoperti di qualche granulazione albuminoidea, o di qualche residuo cellulare, o di qualche globulo rosso scolorito.

In attesa che i mezzi applicati valessero a vincere lo stato di collasso in cui permaneva il paziente, era pure d'uopo studiare il giudizio diagnostico del caso. La gravità ed ostinazione del vomito unitamente ai fenomeni di generale depressione ci fecero pensare a bella prima alla eventualità di una *gastrite tossica*; ma le indagini anamnestiche

permettevano facilmente di escluderla. Nemmeno eranvi argomenti da far pensare ad una qualunque forma di *crisi gastrica*. Si dovette quindi pensare ad *ileo*, tanto più che dacchè era insorto il vomito persisteva la costipazione. E se l'ipotesi quadrava a cappello — inizio con dolori, vomito, stipsi, collasso progressivo — l'esame obbiettivo non sembrava appoggiarla; malgrado una condizione assai grave di depressione generale, ormai esistente da più giorni, che avrebbe dovuto favorire la paralisi intestinale, il ventre si conservava indifferente, rispettivamente basso, e indolente. E' ozioso aggiungere che le porte erniarie nulla offrivano di anormale.

***

Ad una seconda visita minuziosa fatta la mattina del 3 febbr. risultava quanto segue:

Stato di collasso invariato, il polso sempre assai frequente e misero, cianosi; il vomito sempre infrenabile, ma facile e senza dolore di sorta: vien emesso un liquido brunastro caffeano, abbondante, di odore acido che ricorda il vinoso; sete vivissima che torna impossibile di calmare, malgrado le ripetute e generose ipodermoclisi e le enteroclisi (queste ultime a dir vero non sono trattenute). Il ventre presentasi ancora avvallato, specialmente nel quadrante inferiore destro L'epigastrio invece si presenta rilevato, tumido, ed alla percussione si delimita un'area di risonanza timpanica, estesa prevalentemente verso sinistra, delle dimensioni di cm. 19 per 13. Ricorrono, ma non frequenti, dei sollevamenti nel quadrante superiore destro, coi quali coincidono dei rigurgiti, delle eruttazioni acide. Tuttavia la regione epigastrica è indolente ai maneggi come tutto il resto del ventre; nulla di anormale in questo, oltre la depressione; nel quadrante superiore sinistro si palpa distintamente l'ovoide inferiore del rene, che discende nell'inspirazione.

Al miglior riconoscimento del viscere gastrico si tentò la dilatazione artificiale dello stesso colla mistura aerogena. Si vide infatti distendersi maggiormente la regione timpanica, ma ne seguì un immediato e violentissimo vomito, dopo il quale l'epigastrio tornò quale era prima.

Questo reperto obbiettivo ci sembrò utilizzabile per una diagnosi di probabilità. Se realmente esisteva un'ostacolo nella canalizzazione intestinale, questo doveva risiedere molto in alto, assai verosimilmente nelle vicinanze del piloro o rispettivamente al piloro stesso. Non diversamente potevano interpretarsi la riduzione di volume generale della massa enterica di fronte alla dilatazione rilevante dell'aia gastrica, ed il risultato della dilatazione artificiale dello stomaco. Così ci credemmo autorizzati ad ammettere una *stenosi pilorica*, assoluta.

Di quale natura poteva essere la medesima?

A risolvere il problema la nostra mente ricordava come

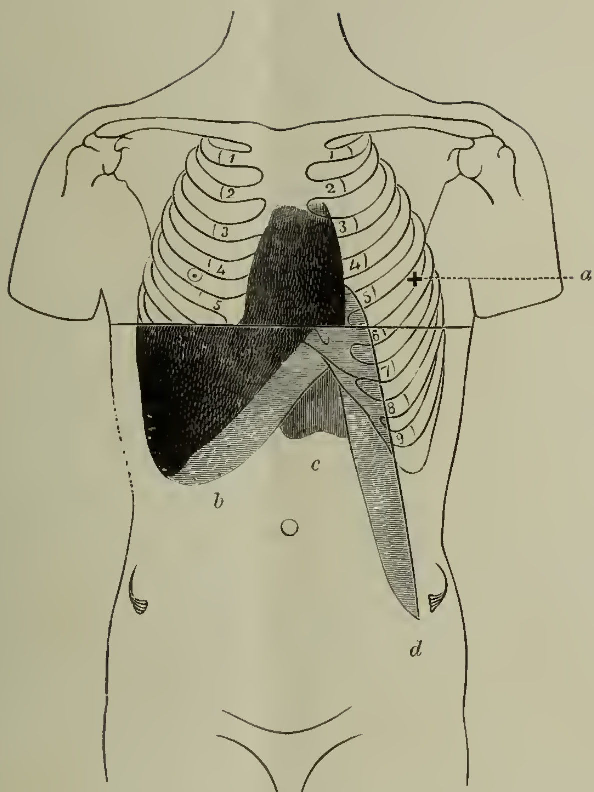
l'insorgenza ne fosse stata acuta e dolorosa, ma il decorso ne fosse tuttavia indolente, sebbene tumultuario, e minacciasse l'esito imminente. Questi tre caratteri: acutezza d'insorgenza e di decorso, chiusura assoluta del piloro, indolenza soggettiva ed oggettiva, ci parevano così contradditorii fra di loro da non saperli riferire ad uno qualunque dei processi organici conosciuti dello stomaco, e da indurci nelle più strane ipotesi. Escluse la gastrite acuta *ab ingestis*, e le crisi gastriche in genere, ricordando come, a tenore dell'anamnesi, la sintomatologia in parola, sebbene meno intensa, si fosse già presentata a larghi intervalli, eravamo indotti a sospettare che la stenosi potesse essere espressione di una cicatrice d'ulcera rotonda. L'abitudine alcoolica è un buon elemento eziologico *ad hoc*, e il vomito tinto di sangue permetteva di ammettere una non perfetta integrità della mucosa. Tuttavia la negatività dell'anamnesi riguardo alla esistenza di un'ulcera rotonda pregressa, vuoi dello stomaco, vuoi del duodeno, la assoluta indolenza dell'organo, la mancata progressività della sindrome stenotica non deponevano in favore di tale ipotesi.

È ben certo che dei fatti di stenosi assoluta del piloro possono temporaneamente insorgere in caso di stenosi relativa per il sopraggiungere di un elemento nervoso spasmodico; ma questo, di sua natura funzionale, non suol essere così pervicace, e più o meno rapidamente cede alle misure terapeutiche applicate.

Un caso che può essere l'appropriata dimostrazione di questo nostro asserto lo avemmo pure, non è molto, nella nostra Sala.

Un giovanotto di 23 anni entrava qui appunto colla medesima sintomatologia del B. G.: vomito ostinato e gravi fenomeni di collasso: prosciugamento generale, morbo ceruleo da spissitudo sanguinis (globuli rossi 6.850.000); polsi miserabili, perfrigerazione; ventre basso, quasi avvallato, ovunque indolente; porte erniarie libere.

Anche qui l'anamnesi non dava nozioni sufficienti per una pronta diagnosi di processo; tuttavia risultava una storia di vomiti ricorrenti da due mesi, dapprincipio senza dolori, poi anche con dolori, dopo i pasti; ma il paziente non se ne curava affatto, di guisa che essi da 4 giorni erano diventati continui, ed avevano ridotto il povero giovane in condizioni apparentemente disperate. Aveva pure stipsi da 4 giorni, ed oliguria. Orine 1030; acide, uratiche, senz'albumina, indacano in discreta quantità.



a) Cicatrice della ferita. *b*) Colon ascendente. *c*) Stomaco.
d) Colon discendente.



Ma qui i mezzi curativi applicati ebbero, dopo un paio di giorni, completa ragione dello stato di collasso; e divenne possibile di dimostrare l'esistenza della stenosi pilorica colla megastria e la insorgenza di movimenti peristaltici sull' aia gastrica, con esito di eruttazione e rigurgiti acidi.

Perciò divenne anche possibile di appellarsene al Chirurgo, il quale potè brillantemente condurre a termine l'atto operativo (Padiglione Ponti), correggendo una stenosi cicatriziale del cingolo pilorico.

Non così nel caso attuale: laonde parendo di poter ritenere il piloro per sè indenne, e di poter escludere a juvantibus et lœdentibus l'elemento nervoso, non ci restava che supporre una causa meccanica, la quale chiudesse a modo di turacciolo l'apertura pilorica. Ma quale mai? estrinseca? intrinseca? allora ci soccorrevano alla memoria quei singolari e veramente stranissimi casi in cui la stenosi pilorica apparve all'autopsia dipendere da briglie peritoneali, oppure da veri tamponamenti per opera di bocconi alimentari grossi ed indigesti, di polipi e vegetazioni della mucosa (emboli peduncolati, ecc.). In quest'ordine di ipotesi naturalmente non ci parve di dover entrare: e per necessità di cose lasciammo in sospeso il giudizio diagnostico preciso, arrestandoci a quello di *stenosi acuta del piloro.*

*
* *

Quid agendum ?

L' inutilità della medicazione fatta indicava direttamente l'urgenza di un intervento chirurgico: ma d' altra parte lo stato permanente di collasso, e quasi di imminente esito, ne distoglievano da ogni proposito operativo. Infatti, malgrado la medicazione eccitante, le ipodermoclisi generose, ecc., il collasso finì per avere il sopravvento, e senza modificazione della sindrome il paziente soccombette nel 4.° giorno. Valsero certamente a scongiurare ogni volta la catastrofe le abbondanti ipodermoclisi — sebbene (fatto degno di nota per l'evidente suo significato pronostico) non ne risultasse l'azione uropojetica; ma non si presentò mai un momento di calma che lasciasse adito alla speranza di poter intervenire un po' più attivamente.

Vennero praticati anche in seguito altri esami d'orina ottenuta in scarsa copia per siringazione: ecco l'ultimo, a 20 ore circa dalla morte.

Uroscopia: orine leggermente acide, peso specifico 1020, senza albumina nè pigmenti biliari, cloruri alquanto scarsi, indacano quasi assente: *sedimento* denso, pesante, costituito da masse di detrito bruniccio (sangue) con qualche emazia ancor riconoscibile, e numerosi cilindri jalini, sparsi di qualche granulazione albuminosa od emazia.

Il vomito insistette fino agli ultimi momenti, quando il polso era già scomparso; e più non era sanguigno, ma acquoso, con sedimento grigiastro.

Il ventre presentavasi a barca fino all'esito (una volta sola vennero evacuate delle piccole scibale), ed anche l'epigastrio erasi da ultimo depresso, rimanendo indolente alla palpazione (subdelirio del malato).

Ormai dovevamo aspettare la chiave dell'enigma dall'autopsia.

Visum repertum.

I. *Torace.* Nulla di notevole riguardo alla metà destra; il cuore vedesi respinto verso destra, messo in posizione verticale, colla punta sulla linea parasternale sinistra.

La metà superiore del cavo pleurico sinistro è occupata dal polmone corrispondente, il cui lobo inferiore è atelettasico, e presenta delle fitte aderenze pleuriche alla faccia posteriore. La parte inferiore della cavità pleurica trovasi occupata da una massa irregolarmente sferoidale, del volume di una testa di feto: in questa massa si riconoscono: *a*) Lo epiploon, che per mezzo di una sottile briglia, lunga circa 10 centimetri, è saldato ad una cicatrice (lunga circa 2 centiinteressante lo spessore della parete toracica nel 5.° spazio, linea ascellare anteriore; *b*) il colon trasverso fino alla flessura splenica, pieno di scibale poco colorite e molto dure, a pareti alquanto congeste. Inciso questo tratto d'intestino, e svuotato dalle scibale, riesce abbastanza facile di ricondurre totalmente l'ernia (salvo la parte anzidetta di omento) nella cavità addominale, attraverso ad una apertura del diaframma, larga quanto una moneta da 5 franchi, situata nella sua metà sinistra ed un po' all'innanzi, a margini ispessiti nella parte interna, del resto a superficie liscia. Nessuna raccolta liquida nella cavità pleurica.

II. *Addome.* Le anse del tenue appaiono retratte in massa contro la colonna vertebrale e vuote. Peritoneo normale, nessuna traccia di versamento (*Vedi tavola a parte*).

Il colon ascendente e il colon discendente, contratti, e di volume press'a poco uguale a quello del tenue, si dirigono — convergendo a formare una lettera V rovesciata — verso il triangolo epigastrico di sinistra, e passano ambedue sulla superficie anteriore dello stomaco. La branca sinistra del V, rispettivamente il colon discendente, aderisce strettamente alla faccia anteriore del fondo cieco per mezzo di fimbrie residuo di peritonite antica.

La branca destra del V, rispettivamente il colon ascendente, portasi molto più obliquamente verso l'apertura diaframmatica, e vi si insinua senza contrarre aderenze, pur presentando una linea di strozzamento corrispondente al colletto erniario. In questo suo decorso, il colon ascendente incrocia la regione pilorica, e la comprime, rendendola impervia.

Lo *Stomaco*, vuoto e discretamente dilatato, trovasi fissato da aderenze peritoneali antiche al colon discendente ed al diaframma mediante la sua grande tuberosità.

Il legamento gastro-colico trovasi rovesciato sulla porzione pilorica, riescendo così lo stomaco ad assumere una forma ad U, in modo che il piloro vien spinto contro l'anello erniario, tenendosi a sinistra ed anteriormente al cardias. Il piloro presenta una leggiera impressione circolare senza fatti reattivi.

La mucosa gastrica appare tumida, di color ardesiaco, coperta di denso catarro.

Epicrisi. Ecco le cose messe in chiaro. Una ferita di arma da taglio alla base del torace sinistro penetrò attraverso il diaframma, e — forse sotto i conati di vomito, facilmente spiegabili in un simil momento — permise il passaggio del grande omento nel cavo pleurico; il processo reattivo determinò l'aderenza del peduncolo peritoneale cogli strati parietali profondi del torace; il peduncolo stesso impedì la chiusura del diaframma; quando — probabilmente sotto un aumento improvviso della pressione endo addominale — una ansa intestinale riescì pure a passare oltre il diaframma, si strozzò poi nel cingolo formato dal medesimo. Quest'ileo colico aprì la scena; ma la stessa non potè come tale caratterizzarsi meglio per la complicante stenosi pilorica dovuta *a)* alla compressione del colon ascendente passatogli sul davanti per attraversare il diaframma; *b)* alla parziale torsione provocata dallo stiramento verso l'alto del legamento gastro-colico, mentre il fondo cieco resisteva al suo posto, in

massima parte fissato dalle vecchie aderenze col colon discendente e col diaframma medesimo. Così dunque coll' intermezzo della stenosi pilorica, rispettivamente del vomito incoercibile, si spiegava il mancato sviluppo, anzi la progressiva retrazione delle anse intestinali, e da ultimo dello stomaco medesimo. Vale a dire che nel decorso clinico il secondo fatto correggeva e mascherava il primo, sì da giustificare il giudizio diagnostico portato, sebbene del tutto unilaterale.

*
* *

Nella nostra purtroppo già lunga carriera era questa la seconda volta che ci imbattevamo in un'ernia diaframmatica.

La prima volta fu nel 1886, quando, nell'eseguire l'autopsia d'un vecchio d'anni 68, a scopo di studio, ci trovammo davanti ad una larga ernia diaframmatica congenita. La visceraglia erniosa era rappresentata da parecchi metri del tenue e dal lobo destro del fegato, e il mesenterio era allungato a picciolo. I polmoni erano atelettasici; il lobo inferiore del polmone destro mercè larghe aderenze faceva corpo col fegato. La descrizione del pezzo (esistente nel Museo d' Anatomia Patologica di questo Ospedale sotto il num. 1493, 9 A), venne poi riferita dall'egregio Collega ora Primario Dottor Ferrario in una seduta sanitaria, 16 aprile 1886, ai Colleghi dell'Ospedale nell'Aula Paletta, e la relazione integrale può esser letta nella *Gazzetta degli Ospedali*, 1886, n. 80-81.

Causa della morte era stata una sierosite tubercolare ad essudato sieroso emorragico del peritoneo e della pleura destra. Non c'era strozzamento.

Mentre questo caso non deve aver mai offerto il problema diagnostico al clinico, malgrado, anzi a cagione della sua lunga durata, rispettivamente della larghezza del difetto diaframmatico, il caso da noi ora descritto esaurì la nostra attività diagnostica in bizzarre ipotesi. Eppure malgrado la sua singolarità, esso risolvevasi in una banale ernia diaframmatica, incarcerata: l'ileo, supposto al primo tentativo diagnostico, poi trascurato, esisteva davvero, riguardante il colon trasverso; ma la sintomatologia offerta dal paziente evidentemente non si collegava ad esso, bensì all' accidente secondario della torsione ed occlusione del piloro, compresso e schiacciato dall'ansa colica che l'attraversava tangenzialmente per passare nel torace.

L'uovo di Colombo aveva trovato lo scopritore; nè giove-

rebbe insistere di più sulle particolarità del caso, che assai facilmente trovano spiegazione nel reperto. Piuttosto osiamo domandarci: *questo caso vale ad insegnarci qualche cosa?*

Noi crediamo di sì, perchè pensiamo che il clinico talvolta non si appone alla diagnosi per la ragione soltanto che non gli si affacciano alla mente alcune speciali eventualità; ricordarsi di queste vuol dire molte volte trovare il bandolo di una matassa apparentemente arruffata.

Così noi vorremmo derivare dal nostro caso un'insegnamento di rilevante portata pratica; ogni qualvolta un paziente in preda a fenomeni di ileo abbia ricevuto più o meno lungo tempo prima una ferita nelle regioni inferiori del torace bisognerà pensare all'eventualità di un'*ernia diaframmatica*. E ciò particolarmente se il trauma interessò la base toracica sinistra. L'ernia diaframmatica è affezione già molto rara per sè, e l'insorgenza dell'ileo in relazione con essa è ancor più rara; ciò dicasi soprattutto per l'ernia congenita. Per l'*ernia traumatica* forse la combinazione non è tanto rara. Ma non parliamo della difficoltà di farne la diagnosi diretta, objettiva! bisognerebbe supporre ogni volta una ernia notevolmente voluminosa, tale che una gran parte dei visceri addominali, *vuoti*, andasse a riempire il torace, creando quivi una condizione fisica facile a rilevarsi, e cioè lo spostamento del cuore, l'insorgenza e permanenza di una raccolta d'aria non solo dimostrabile ma distinguibile da un pneumotorace, ecc., e manifestazioni molteplici di lesioni funzionali ricorrenti dei visceri addominali.

Questa modalità di fatti tuttavia, supponendo una larga porta erniaria, non è quella opportuna per determinare una sindrome di strozzamento, come chiaramente lo prova il nostro primo caso, esitato per tubercolosi miliare a 68 anni; e in tal modo resta eliminata la probabilità che il caso, pure se fosse d'origine traumatica, si presenti al medico con esigenze diagnostiche e curative. Viceversa quando la apertura diaframmatica è piccola — come dev'essere senza dubbio la regola nelle ernie traumatiche — non sempre avverranno dei fenomeni di ileo anche se qualche porzione di tubo digerente l'attraversi per passare nel torace; ma dato pure che la detta porzione venisse a strozzarsi, sempre l'ernia sarebbe piccola, e nessuno dei sintomi oggettivi dell'ectopia viscerale sarebbe abbastanza spiccato da fissar l'attenzione del clinico; anzi si deve temere che, anche ricercati da un acuto

diagnosticatore, difficilmente tali sintomi potrebbero venir riscontrati. D'altronde se a costui riuscisse facile di rilevare in un caso fortunato che la regione inferiore del torace presenta una anormale risonanza timpanica, è assai probabile che egli stesso penserebbe in primo luogo piuttosto al naturale sollevamento del diaframma da parte dello stomaco o dell' intestino, dilatati e sospinti dall' arresto dei gaz e del contenuto intestinale.

Naturalmente qualche altra sottigliezza diagnostica potrebbe acquistare in tal frangente un valore decisivo; tale p. es. il modo di spostarsi del cuore.

Così, edotti dal nostro caso medesimo, noi faremo rilevare che in detta ultima ipotesi la punta del cuore dovrebbe essere (come lo è di regola) spostata verso l' alto e verso l' esterno; invece nell'ernia diaframmatica in discussione dovrebbe essere costretta piuttosto verso l' interno, senza venir innalzata!

Ad ogni modo ripetiamo questa conclusione, che ha valore d'insegnamento: nei casi di ileo presso individui che furono vittima, da un tempo più o meno remoto, di traumi verso la base del torace, specie sinistro, occorrerà di pensar sempre all'eventualità di un'ernia diaframmatica.

E l'importanza dell' aver formulato questo sospetto non sfuggirà certamente al chirurgo, il quale dovrà trovarsi pronto ad intervenire eventualmente piuttosto dalla via pleurica che dalla addominale.
